

BIOÉTICA DE INTERVENCIÓN Y VULNERABILIDAD EXTREMA: ANÁLISIS DE CASO DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS

BIOETHICS OF INTERVENTION AND EXTREME VULNERABILITY: CASE ANALYSIS OF THE MUNICIPAL EMERGENCY HOSPITAL

Autores: Dra. Díaz Romero P*, Lic. Ripoll S*, Ab. Sandoval S*, Lic. Prod. Moreno Johannesen R*

*“Somos frágiles, deberíamos entenderlo siempre;
así nos daríamos cuenta de que lo más
valioso que tenemos es nuestra relación mutua,
la posibilidad del apoyo y la oportunidad
de ayudarnos unos a otros.”*
Adela Cortina

RESUMEN

El presente trabajo analiza la práctica del Comité Hospitalario de Bioética del Hospital Municipal de Urgencias de Córdoba desde el marco de la Bioética de Intervención, corriente latinoamericana que propone respuestas éticas situadas ante los conflictos sociales, sanitarios y sanitarios persistentes en los países en desarrollo. A través del estudio de un caso clínico complejo, se examina cómo la deliberación interdisciplinaria permite integrar las dimensiones clínicas, jurídicas y morales en la toma de decisiones. El eje conceptual del análisis es la vulnerabilidad, entendida como una condición multidimensional que abarca aspectos físicos, existenciales y estructurales. Retomando la noción de capas de vulnerabilidad, se destaca la necesidad de reconocer las diversas formas en que estas se superponen y limitan la autonomía de los pacientes. Desde esta perspectiva, el Comité orienta sus intervenciones mediante la escucha activa, la justicia epistémica y la garantía de acceso a la información, promoviendo una autonomía relacional.

El estudio concluye que la Bioética de Intervención constituye una herramienta fundamental para humanizar la práctica clínica, articular la reflexión filosófica con la acción institucional y reparar las asimetrías de poder que atraviesan los contextos de vulnerabilidad, restituyendo el sentido ético del cuidado y del morir como proceso humano.

Palabras clave: bioética de intervención, vulnerabilidad, autonomía relacional, justicia epistémica, muerte digna.

ABSTRACT

This paper analyzes the practice of the Hospital

**Miembros Comité Hospitalario de Bioética Clínica y Social. Comité Hospitalario de Bioética Clínica y Social
Correspondencia: pauladiazromero@gmail.com - soledadripoll83@gmail.com*

*Hospital Municipal de Urgencias. Córdoba. Argentina
Catamarca 441. C.P.5000 – Argentina.*

Te: (0351-4276200)

Bioethics Committee of the Municipal Emergency Hospital of Córdoba from the framework of Intervention Bioethics, a Latin American movement that proposes ethical responses to the persistent social, health, and public health conflicts in developing countries.

Through the study of a complex clinical case, we examine how interdisciplinary deliberation allows for the integration of clinical, legal, and moral dimensions in decision-making.

The conceptual axis of the analysis is vulnerability, understood as a multidimensional condition that encompasses physical, existential, and structural aspects. Returning to the notion of layers of vulnerability, it highlights the need to recognize the various ways in which these overlap and limit patients' autonomy. From this perspective, the Committee guides its interventions through active listening, epistemic justice, and guaranteed access to information, promoting relational autonomy.

Keywords: intervention bioethics, vulnerability, relational autonomy, epistemic justice, dignified death.

INTRODUCCIÓN

La Bioética de Intervención se centra en el análisis de casos concretos, particularmente en contextos donde los problemas sociales, sanitarios y éticos se entrelazan. Según Garrafa (1), esta perspectiva busca ofrecer respuestas adecuadas a conflictos bioéticos persistentes en los países en desarrollo, ampliando la mirada tradicional de la bioética anglosajona. De acuerdo con el Diccionario Latinoamericano de Bioética, la Bioética de intervención “procura respuestas más adecuadas para el análisis de macro problemas y conflictos que tienen relación concreta con los temas bioéticos persistentes constatados en los países pobres y en desarrollo” (1), y coloca en agenda de los problemas sociales, sanitarios y ambientales.

En la ciudad de Córdoba, Argentina, el Hospital Municipal de Urgencias -un centro público de alta complejidad, especializado en emergencias, cuida-

dos críticos y donación de órganos- constituyó un Comité de Bioética desde el año 1997, para ofrecer asesoramiento interdisciplinario y análisis reflexivo de los casos críticos, y asume una perspectiva de Bioética de Intervención. Este comité no solo actúa sobre situaciones internas del hospital, sino que también brinda asesoramiento externo a profesionales de otras instituciones públicas o privadas.

El presente trabajo articula la teoría bioética latinoamericana con la práctica clínica y social del comité, adoptando una mirada filosófica que reconoce la experiencia y vulnerabilidad de los pacientes y busca mostrar la necesidad de generar políticas públicas acorde a la necesidad de información legal y ética de los procesos de acompañamiento en pedido de Muerte Digna.

FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ

La literatura sobre la conformación de un Comité de Bioética parte de la distinción entre comités hospitalarios y comités de investigación. En el caso del Comité del Hospital Municipal de Urgencias, el funcionamiento y arquitectura corresponde al de un Comité de Bioética Hospitalaria, centrando su atención en casos clínicos y sociales de la población de pacientes que acuden a la institución. Para posicionarnos sobre lo que es y hace un comité de estas características, nos servimos de la definición que han dado Morberg y Kottow en el texto "Orientaciones para el comité de bioética hospitalaria":

"Los Comités de Ética Hospitalaria son grupos interdisciplinarios que se ocupan de las consultas, estudio, consejo y docencia frente a los dilemas éticos que surgen en la práctica de la atención médica hospitalaria. Se constituyen así en instancias o espacios de reflexión que buscan apoyar y orientar metódicamente, tanto a profesionales como a pacientes, en sus propias perspectivas" (2).

Estos grupos interdisciplinarios tienen por objetivo, a través de la deliberación permanente, el reconocimiento del otro y el perfeccionamiento de lo propio, "aprendiendo de la experiencia ajena que debe ser comunicada con claridad y honestidad" (3).

En consonancia con esta definición, las funciones del comité pueden ser cuatro: Consultiva, Educativa, Normativa y Otras, en la que situaremos la Asesoría complementaria como función de interés.

La interdisciplinariedad tiene la intención de incorporación y sostener la reflexión entre de actores tan variados que permita garantizar la pluralidad de miradas y abogar por la deliberación genuina. Dicha estructura debe estar reglamentada y contar con reconocimiento institucional, un reglamento del hospital y recursos para el funcionamiento del mismo. El Comité de Bioética del Hospital Municipal de Urgencias puede caracterizarse como un comité cuya función principal es de Asistencia/Hospitalaria, centrado en mejorar la atención centrada en el paciente en hospitales, clínicas de consulta externa, instituciones de asistencia prolongada y hospicios. En

este sentido, el Comité ha intervenido en numerosos casos, realizando los análisis bioéticos pertinentes y brindando recomendaciones derivadas de la deliberación sobre principios y valores implicados. Este tipo de asesoramiento tiene como objetivo garantizar que la acción clínica respete la dignidad y la autonomía del paciente, propias de los principios de la Bioética, en consonancia con la definición de atención centrada en la persona: "el reconocimiento de la elección autónoma de un paciente competente a participar en su tratamiento y decisiones implícitas, así como a aceptarlos o rechazarlos de antemano" (3).

Pero comprometiéndose con una práctica reflexiva en contextos y situaciones concretas: el contexto latinoamericano, argentino y cordobés. Por esta razón, este Comité centra sus procesos deliberativos partiendo de una concepción de Bioética de Intervención.

BIOÉTICA Y VULNERABILIDAD

En muchas situaciones, especialmente cuando los pacientes presentan cuadros críticos o estados terminales, la capacidad de decisión se ve limitada, y el rol de la familia o tutores se vuelve central. Aquí es donde la noción de vulnerabilidad adquiere un lugar central en la práctica del Comité y en la bioética de intervención.

La vulnerabilidad no se reduce a la fragilidad física o cognitiva; implica también dimensiones existenciales, sociales, culturales y materiales que condicionan la posibilidad de ejercer autonomía plena. Reconocer la vulnerabilidad permite al Comité identificar los riesgos y dependencias que afectan al sujeto, no solo para protegerlo frente al daño, sino también para orientar la deliberación ética, asegurando que las decisiones clínicas respeten la dignidad y el bienestar de las personas más expuestas (4).

Este comité ha detectado en la propia práctica de asesoramiento que existe un entramado de vulnerabilidades que afectan a quienes solicitan nuestra intervención, sean pedidas por los propios "pacientes-agentes" o por las familias. En lo que sigue buscamos reflexionar sobre el ser vulnerable en contextos de pedido de Muerte Digna.

El fenómeno de la vulnerabilidad se presenta con matices variados: no solo se trata de una condición cognitiva que limita la toma de decisiones, sino también de una realidad que se enraíza en lo existencial y en los determinantes sociales de la salud. Los pacientes que enfrentan decisiones en torno al final de la vida se encuentran atravesados por la fragilidad propia de la condición humana -marcada por la enfermedad, el dolor y la dependencia- y por contextos socioeconómicos, culturales y familiares que inciden en su capacidad de deliberar y actuar.

La necesidad de esclarecer este término nos permitirá sostener una posición epistemológica y metodológica a la hora de realizar nuestras intervenciones y asesorías respecto a los pedidos de información sobre los procedimientos y las implicancias de la ley de Muerte Digna.

Ahora bien, el enfoque de la Bioética de intervención requiere traducir esa comprensión en acciones concretas y recomendaciones aplicables, lo que introduce un componente pragmático en la elaboración de informes y en la orientación de decisiones clínicas basados en una primera decisión epistemológica central: considerar al sujeto de consulta no como mero paciente, sino como sujeto vulnerable, cuya situación exige una atención ética situada y diferenciada y reotorga una dimensión de agencia al mismo y/o a la familia.

Desde esta perspectiva, el Comité orienta su intervención reconociendo que la vulnerabilidad constituye la base ética que guía la interacción con pacientes y familias.

Esto se traduce en prácticas concretas como:

- A) Escucha activa y justicia epistémica, es decir, el reconocimiento de la voz, experiencia y perspectiva de los pacientes y sus familiares.
- B) Reconocimiento de la vulnerabilidad, que orienta la deliberación ética y la formulación de recomendaciones contextualizadas.
- C) Garantía de acceso a la información, permitiendo que las decisiones sean autónomas, fundamentadas en el conocimiento de las consecuencias clínicas y legales de cada elección.

La vulnerabilidad, como concepto técnico y como reconocimiento de la experiencia del otro, se convierte en un marco ético para la acción, que no busca limitar la autonomía, sino potenciar la capacidad de decisión en contextos de fragilidad y riesgo, partido del entramado de determinantes sociales.

ANÁLISIS DE CASO

El Comité Hospitalario de Bioética Clínica y Social del Hospital de Urgencias de Córdoba intervino en distintos casos en los que reconoció capas de vulnerabilidad sedimentadas, que incluyen desde la vulnerabilidad ontológica inherente a la condición humana, hasta vulnerabilidades derivadas de factores sociales, económicos, culturales y familiares (1,4). Estas capas no solo se superponen, sino que se potencian entre sí, generando situaciones de extrema fragilidad que condicionan la autonomía y la capacidad de decisión de los pacientes. Reconocer estas capas permite que la bioética clínica y social se articule con la dignidad y la autonomía de los pacientes, orientando la intervención del Comité hacia estrategias de acompañamiento, información y deliberación ética situadas en contextos reales de vulnerabilidad extrema.

A continuación, se presenta el caso de un paciente adulto con antecedente de epilepsia y consumo problemático de alcohol que ingresó al Hospital de Urgencias de Córdoba tras un traumatismo craneoencefálico grave secundario a caída. Evolucionó con hematoma subdural hemisférico y contusiones frontales bilaterales, requiriendo neurocirugía y traqueostomía. Durante su prolongada internación en

terapia intensiva y sala común, persistió en estado vegetativo permanente, sin visitas ni acompañamiento familiar regular. Ante la cronificación de su cuadro y conflictos entre allegados sobre la toma de decisiones, el Comité Hospitalario de Bioética Clínica y Social intervino para evaluar la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET).

El análisis integró criterios clínicos, bioéticos y jurídicos conforme a la Ley Nacional 26.529, Ley Provincial 10.058 de Muerte Digna y las recomendaciones de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (5-7). Se identificó una situación de obstinación terapéutica con mantenimiento artificial de funciones vitales sin expectativas razonables de mejoría. El Comité recomendó la adecuación de medidas de soporte vital en resguardo de la dignidad del paciente.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 66 años, antecedentes de epilepsia y asma, sin adherencia terapéutica conocida. Ingresó al servicio de urgencias tras caída de su propia altura con traumatismo craneoencefálico grave (Glasgow 3/15), requiriendo intubación oro-traqueal y posterior neurocirugía por hematoma subdural agudo con efecto de masa y contusiones frontales bilaterales.

Durante la internación en terapia intensiva, presentó complicaciones respiratorias, infecciones urinarias recurrentes y necesidad de traqueostomía y gastrostomía. A los tres meses, persistía con signos compatibles con estado vegetativo permanente: apertura ocular espontánea sin contacto visual, ausencia de respuesta a órdenes simples, reflejos de tronco ausentes y dependencia total de soporte vital. Desde el ingreso no se registraron visitas familiares. Recién meses después se logró contacto con allegados que relataron antecedentes de abandono, consumo problemático de alcohol y vínculos familiares conflictivos. La reconstrucción de su historia vital permitió comprender un contexto de extrema vulnerabilidad y aislamiento.

Posteriormente, se presentaron discrepancias entre familiares acerca de quién debía representar la voluntad del paciente. La última conviviente manifestó su deseo de evitar prolongar su sufrimiento, en tanto la esposa legalmente casada -separada de hecho por años- expresó oposición, evidenciándose además posibles intereses económicos en torno a la pensión no contributiva del paciente.

DISCUSIÓN

La intervención del Comité de Bioética en este caso permitió abordar una problemática que excede el plano estrictamente clínico y se sitúa en la confluencia entre la ética, el derecho y la justicia social. Lejos de limitarse a una instancia consultiva, el Comité operó como un espacio de deliberación interdisciplinaria donde se articularon las dimensiones médica, jurídica y moral de la decisión. Su función principal no fue dictaminar una conducta, sino propiciar un proceso

reflexivo orientado al discernimiento ético y a la construcción de consenso dentro del equipo tratante. Desde la perspectiva de la bioética clínica, el análisis se centró en la proporcionalidad de las intervenciones y en la evaluación del beneficio real que representaban para el paciente. La persistencia en tratamientos fútiles –en ausencia de posibilidad de recuperación y con nulo contacto con el entorno– configuraba una forma de obstinación terapéutica, contraria al principio de no maleficencia y al respeto por la dignidad del proceso de morir. En este sentido, la adecuación del esfuerzo terapéutico no debe interpretarse como abandono, sino como un acto de cuidado responsable que reconoce los límites de la medicina y el derecho del paciente a no ser sometido a intervenciones desproporcionadas.

La reflexión ética se vio enriquecida por el enfoque de la bioética social, que permitió situar la decisión en el contexto de vulnerabilidad estructural del paciente. Tal como propone Florencia Luna (8,9), la vulnerabilidad no debe entenderse como una condición única y estática, sino como una superposición de capas de vulnerabilidad que pueden acumularse y profundizar el riesgo moral y social de las personas. En este caso, el Comité reconoció diversas capas sedimentadas: la vulnerabilidad corporal derivada de la enfermedad crítica, la vulnerabilidad social ligada a la pobreza y el aislamiento y, la vulnerabilidad institucional de quienes dependen de un sistema sanitario público con recursos limitados. Este enfoque permitió identificar que la autonomía del paciente no podía concebirse de modo puramente individual, sino como una autonomía relacional, condicionada por los vínculos afectivos, las redes de cuidado y el contexto socioeconómico. Así, el Comité asumió el desafío de interpretar la voluntad presunta del paciente no solo desde la letra de la ley, sino desde una ética del reconocimiento, orientada a reparar las asimetrías de poder y de voz que atraviesan las vidas más precarias.

Desde el punto de vista jurídico y procedimental, la resolución se apoyó en el marco normativo vigente (5,6,10), priorizando a la conviviente actual como representante legal del paciente, en coherencia con el principio de proximidad afectiva.

Por último, la intervención del Comité permitió reflexionar sobre las implicancias institucionales de estas decisiones. En hospitales públicos, donde los recursos críticos son escasos, la prolongación de internaciones sin sentido terapéutico también plantea un problema de justicia distributiva. La AET, en este contexto, no solo protege la dignidad individual del paciente, sino que contribuye al uso equitativo y racional de los recursos sanitarios, preservando la responsabilidad social del sistema de salud.

RECOMENDACIONES

Como resultado de este análisis, la recomendación del Comité Hospitalario de Bioética consistió en proponer que:

- a. Se respeten los derechos del paciente considerando su estado sanitario y su voluntad transmitida a través de sus seres queridos.
- b. Evitar la Obstinación Terapéutica definida en el art. 5 de la ley 10.058 como “acciones que prolongan la agonía de una persona sin posibilidad de recuperación, que atentan contra la dignidad humana y que no muestran evidencias médicas de beneficios para la salud.” Todo ello, en procura de respetar el derecho del paciente a decidir libremente al respecto (Constitución Nacional, Tratados Internacionales, Ley 26529, art. 59 CCCN ss y cc).
- c. Evitar el proceso de deshumanización que se produce ante la prolongada internación y de esta manera evitar un deterioro mayor, difícil de contemplar para sus seres queridos y de vivir en su corporeidad.
- d. Comunicar a quienes lo visitan el orden de prelación legal para la toma de decisiones en relación a la salud del paciente.
- e. Se mantenga informado a este Comité de las decisiones sanitarias que se tomen en torno al paciente.

CONCLUSIONES

El análisis del caso y la experiencia del Comité Hospitalario de Bioética del Hospital de Urgencias de Córdoba permiten afirmar que la bioética de intervención constituye un instrumento esencial para humanizar la práctica clínica y orientar decisiones en contextos de incertidumbre y vulnerabilidad. Su valor reside en la capacidad de articular la reflexión filosófica, los marcos normativos y la experiencia concreta del cuidado, integrando distintas posiciones: médica, jurídica, moral y social, en un proceso deliberativo guiado por la dignidad del sujeto. El reconocimiento de estas vulnerabilidades, lejos de limitar la autonomía, la amplía y la vuelve relacional, entendiendo que decidir y ser escuchado son procesos mediados por condiciones materiales, afectivas e institucionales. En este sentido, el trabajo del Comité no se reduce a emitir dictámenes o aplicar principios abstractos, sino que encarna una forma de justicia clínica, social y epistémica, que busca reparar las asimetrías de poder y de voz. Su intervención en el caso permitió no solo resolver un dilema médico, sino también restituir el sentido del cuidado como relación ética y del morir como proceso humano.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Garrafa V. *Bioética de intervención: principios y aplicaciones en salud pública*. Buenos Aires: Editorial Biblos, 2008.
- 2) Momberg M, Kottow M. *Ética hospitalaria: funcionamiento y estructura de los comités de ética*. Santiago: Editorial Universitaria, 2013.
- 3) UNESCO. *Declaración universal sobre bioética y derechos humanos*. París: UNESCO, 2008.
- 4) Kottow M. *Vulnerabilidad y ética médica*. Santiago: Editorial Universitaria, 2012.

- 5) *Boletín Oficial, Argentina. Ley Nacional 26.529. Derechos del paciente. 2009.*
- 6) *Boletín Oficial, Córdoba. Ley Provincial 10.058 Protección de los derechos de los pacientes en la provincia de Córdoba. 2002.*
- 7) SATI. *Adecuación del esfuerzo terapéutico en pacientes críticos. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, 2020.*
- 8) Luna F. *Hacia una bioética de la vulnerabilidad. Buenos Aires: Editorial Biblos, 2006.*
- 9) Luna F. *Bioética y vulnerabilidad: nuevos enfoques. Buenos Aires: Editorial Biblos, 2008.*
- 10) *Boletín Oficial, Argentina. Ley 24.193. Código Penal. 1993.*